



# DECLARACIÓN DEL PODERHABIENTE - PROGRAMA TANF ARRA / FAMILIAS SALUDABLES

Recibo para Alimentos de Despensa - TANF ARRA Año Fiscal Estatal 2010/2011 (Mayo a Septiembre 2010)  
Acta de Recuperación y Reinversión Americana de la Iniciativa del 2009

**Este poder es para el individuo que tiene una condición de desventaja que le impide recoger alimentos de la Iniciativa TANF ARRA. También puede ser usado para aquellos que sus horarios de trabajo interfieren con el horario de distribución de alimentos de la Iniciativa TANF ARRA.**

### Por Favor Escriba en Letra de Molde

Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Tamaño del Hogar: \_\_\_\_\_ Núm. de Niños Menor de 18 Años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Poderhabiente o Persona Designada: \_\_\_\_\_  
Persona Designada para la Entrega

Nombre de la Despensa: \_\_\_\_\_

Dirección de la Despensa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

¿Recibe usted beneficios de Estampillas de Comida (ahora llamado SNAP)?  Sí  No

Por favor marque un encasillado

**El uso de alimentos entregados por TANF ARRA para ganancia personal es una ofensa federal y estatal sujeta a una multa de hasta \$25,000 y / o prisión de hasta 5 años.**

### YO CERTIFICO CON MI FIRMA QUE:

El ingreso de mi hogar no excede los límites establecidos por DHS; por lo menos un niño menor de 18 años de edad vive en mi hogar; Usaré los alimentos que recibo sólo para el consumo del hogar; y exoneró al HHS, al estado de Illinois y a cualquier agencia o persona que distribuya los alimentos, de toda responsabilidad que resulte al recibir alimentos.

INGRESO BRUTO MENSUAL MÁXIMO DE DHS PARA RECIBIR ALIMENTOS			
REGLAS DE INGRESOS PARA EL AÑO FISCAL 2010 Extensión Temporal Hasta Año Fiscal Estatal 2011 (1 de mayo 2010 HASTA 30 de Septiembre 2010)			
TAMAÑO DEL HOGAR	INGRESO MENSUAL	TAMAÑO DEL HOGAR	INGRESO MENSUAL
1	\$1,173	5	\$2,794
2	\$1,578	6	\$3,199
3	\$1,984	7	\$3,604
4	\$2,389	8	\$4,009
Para cada miembro adicional del hogar, añade \$405			

Firma del Beneficiario: \_\_\_\_\_

Firma del Poderhabiente o persona Designada: \_\_\_\_\_

Firma del Personal de la Despensa \_\_\_\_\_